様式３－２

推　薦　依　頼　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

　一般社団法人 山口県介護支援専門員協会会長　様

　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関の所在地

　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関名

印

代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　 －　　　　 －

FAX番号　　　　　　 －　　　　 －

　令和５年度 山口県主任介護支援専門員研修について下記の者を受講させたいので、同研修開催要項の「２ 対象者」の（２）のオに定める、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者として、下記の者を推薦願います。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　名 |  | (ふりがな)氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　） |
| 介護支援専門員として従事した期間 | 通算　　　　　　年　　　　　月 |
| 介護支援専門員に対する研修講師（※）の実施状況　※　開催要項の「２ 対象者」の（２）のオに定めるいずれかの研修の講師

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 | 具体的な内容（課程、教科等） |
| (例：平成２８年度実務研修) | (例：居宅ｻｰﾋﾞｽ計画等の作成) |
|  |  |
|  |  |

 |

注： 「介護支援専門員として従事した期間」欄は、様式２「実務経験証明書」に記載の実務経験年数（通算）を記入すること。